

## CUESTIONARIO DE NUTRICIÓN PARA NIÑOS (2 a 4 años)

Nombre del niño: _____	Edad del niño: _____
------------------------	----------------------

**Favor de circular o escribir sus respuestas a las siguientes preguntas:**

1. ¿Cuándo es la siguiente cita de su niño con el doctor? \_\_\_\_\_ dentista? \_\_\_\_\_
2. **¿Qué le da a su niño?**    *Vitaminas/Minerales    Fluoruro    Hierro    Ninguno*  
*Otras medicinas (apunte) \_\_\_\_\_*
3. Mi niño tiene actualmente:    *Alergias    Respira con dificultad    Sarpullido    Estreñimiento    Diarrea    Nada*
4. **¿Cuáles cosas, además de alimentos, come su niño?**    *Tierra    Barro    Alfombra    Almidón*  
*Colillas    Pintura descascarada    Polvo    Cenizas    Ninguna    Otras (apunte) \_\_\_\_\_*
5. ¿Su niño ha tenido una prueba del plomo en la sangre?    *Sí    No    Si sí, ¿cuándo? \_\_\_\_\_*

---

6. **¿Cómo describiría la manera de comer de su niño?**  
*Está bien    No quiere comer    Come demasiado    No come lo suficiente    Otro \_\_\_\_\_*
7. **¿Cuántas veces a la semana come un adulto con su niño?**  
*Nunca    1 a 3 veces    4 a 6 veces    7 o más veces*
8. ¿Quién prepara las comidas para su familia? \_\_\_\_\_
9. ¿Cómo describiría las comidas en su familia?  
*Usualmente agradables    A veces agradables    Desagradables    Otro \_\_\_\_\_*
10. ¿Cuántas veces a la semana come su familia comidas rápidas o de restaurante?  
*Nunca    1 a 2 veces    3 a 4 veces    5 o más veces*
11. **¿Qué es lo que su niño come y toma en la mayoría de los días?**
  - ◆ *Jugo    Soda    Kool Aid    Gatorade    Agua*
  - ◆ *Frutas    Verduras*
  - ◆ *Leche (Descremada    Baja en grasa    Entera)    Queso    Yogurt    Requesón    Pudín/Flan*
  - ◆ *Carne    Hotdogs    Pollo    Pavo    Pescado    Tofú    Frijoles/Lentejas    Crema de cacahuete    Huevos    Nueces*
  - ◆ *Pan    Cereales    Tortillas    Arroz    Pasta    Bolillos    Galletas saladas    Pan Dulce*
  - ◆ *Dulces    Galletas    Pasteles    Donas    Helados    Tostaditas    Papas fritas*
  - ◆ *Otros (apunte) \_\_\_\_\_*
12. ¿Cuáles son los alimentos favoritos de su niño? \_\_\_\_\_
13. **¿Cuáles alimentos no le gustan a su hijo o no puede comer?** \_\_\_\_\_
14. **Mi niño usa lo siguiente para comer o tomar:**    *Pecho    Biberón    Taza    Cuchara    Tenedor    Dedos*

---

15. ¿Qué piensa del peso y crecimiento de su niño?    *Muy poco    Mucho    Está bien*
16. ¿Cuáles actividades físicas hace su niño? \_\_\_\_\_
17. ¿Cuántas horas regularmente está prendida la televisión (incluyendo juegos de video, videos, gameboy) cada día en su casa? \_\_\_\_\_
18. **¿Alguna vez se ha quedado sin dinero o sin estampillas de comida para comprar alimentos?**  
*Sí    No*
19. ¿Qué preguntas tiene hoy sobre la nutrición o la salud? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**For Staff Use Only (Para el uso del empleado de WIC)**

Date: \_\_\_\_\_ WIC Staff Name: \_\_\_\_\_

Participant WIC ID#: \_\_\_\_\_ Height: \_\_\_\_\_ Weight: \_\_\_\_\_